

Consideraciones que avalan la extracción de terceros molares

MEM Edmundo Batres Ledón*
MEM Carlos Fuentes Peña*
MEM Marco Antonio Rueda Ventura*
CD Ramón Leon Flores*

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

ENSAYO

Fecha de recibido: 16 de Junio de 2007

Fecha de Aceptación: 30 de Julio de 2007

Dirección para recibir correspondencia

MEM Edmundo Batres Ledón, Coordinación de Cirujano Dentista, División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Av. Gregorio Mendez Magaña No. 2838-A, Col. Tamulté, Villahermosa, Tabasco, México.

*Profesor investigador DACS-UJAT

Consideraciones que avalan la extracción de terceros molares
MEM Edmundo Batres Ledón*
MEM Carlos Fuente Peña*
MEM Marco Antonio Rueda Ventura*
CD Ramón León Flores*

La extracción de terceros molares incluidos; con una dirección errática que no puede corregirse, espacio alveolar insuficiente o la falta de valor funcional, es una forma de prevenir problemas patológicos a nivel local y a distancia en el organismo, por ello es sustentable avalar este procedimiento. En este ensayo se establece las consideraciones más importantes a tomar en cuenta por los profesionales de la odontología.

PALABRAS CLAVES: Exodoncia, Terceros Molares

SUMMARY

Third impacted molar extraction should not be the cause of a therapeutic dilemma, even, it can be seen as a preventing produce over future pathologies; unmanagmen because erratic direction, any dow/up righted space or miss functional value support this consideration. In this test one settles down the considerations most important to take into account by the professionals of the odontolgy.

KEY WORDS: Exodoncia, Molares Third parties.

El objeto de éste trabajo es recapitular las consideraciones que pueden darse cuando el tercer molar no completa su erupción fisiológica y que muchas veces con lleva a serios problemas locales y a distancia en el organismo, que el odontólogo debe considerar y no pasar por alto. Se usa el término de incluido a toda pieza que no hace erupción, no logra completar su función y queda atrapado en los tejidos. Batres considera que el término indistinto de utilizar ectópico, impactado o retenido no es el adecuado ya que semánticamente representan otras situaciones semejantes pero diferentes.ⁱ

La ontogénesis es un proceso complejo que permite la erupción de los dientes por modificación histológica y funcional de células totipotentes.

El tercer molar es una pieza dentaria que erupciona entre los 18 y 25 años y termina su calcificación entre los 20 y 27 años. Es una pieza dentaria muy irregular en su forma e implantación tardía en un maxilar que esta sobre los límites de su mayor crecimiento.ⁱⁱ

Desde su desarrollo embrionario el germen dentario de los terceros molares tiene una ligera inclinación mesial que durante su erupción corrige y toma dirección correcta hacia la cavidad bucal. Al crecer la mandíbula hacia atrás, arrastra

consigo al tercer molar en formación, lo que acentúa la oblicuidad del diente; esto para poder situarse en la arcada a nivel del espacio retromolar, y tiene necesidad de realizar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y arriba en su erupción que cuando no se logra queda atrapado en la cara distal del segundo molar.ⁱⁱⁱ

En forma progresiva a lo largo de la filogenia humana el tercer molar cada vez presenta una erupción más retardada, e incluso en las nuevas generaciones es frecuente su ausencia por falta de formación.^{iv,v} Sarmiento en un estudio de 456 estudiantes entre los 16 y 25 años de edad, observó que en 96 estudiantes alguno o ninguno de los terceros molares, lo que corresponde a una agenesia parcial de 21%, rango que coincide con otros estudios. Es evidente en la especie humana que los dientes y maxilares se ven reducidos en su tamaño. Desde el punto de vista filo génico de la especie humana, la raza blanca cuenta con mayor porcentaje de dientes retenidos que la raza negra ya que en ésta última, el desarrollo y dimensiones de los maxilares son mayores. Un individuo puede heredar los maxilares pequeños de la madre y los dientes grandes del padre, los dientes grandes de uno y los maxilares de otro, o al revés.^{vi,vii,viii}

Desde el punto de vista anatómico su espacio de erupción es muy reducido lo que permite acentuar las dificultades y agravar el proceso de erupción. Hacia arriba está cubierto por una mucosa laxa, hacia abajo está en relación con el paquete basculó nervioso dentario inferior, que a veces puede estar entre sus raíces por lo que la proximidad puede causar trastornos reflejos del trigémino y del simpático periarterial debido a las múltiples anastomosis del V par craneal. Hacia atrás se encuentra el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, obstáculo óseo que impide una buena posición del diente en la arcada. Cabe mencionar el triángulo retromolar que tiene relación con el pilar anterior del velo. Hacia adelante el segundo molar que limita el enderezamiento. Hacia adentro se relaciona con la cortical ósea y el pterigoideo interno y las inserciones posteriores del músculo milo hioideo. Hacia afuera se encuentra con la cortical externa que es muy compacta y fibras musculares del masetero.^{ix}

Los terceros molares superiores se relacionan íntimamente por delante con la cavidad sinusal a donde pueden erróneamente alojarse. Las raíces tienen relación con el vértice del seno y parte del piso de la cavidad orbitaria. Posteriormente a la fosa pterigomaxilar.

El saco pericoronario del tercer molar con frecuencia es afectado al ponerse en comunicación al medio bucal.

La retención puede darse estando semi incluida y permitir con el segundo molar un espacio casi cerrado ocasionando procesos infecciosos y presentar una pericoronitis o pericoronaritis, proceso infeccioso agudo o crónico ambos acompañados de exudado caracterizado clínicamente por la inflamación del tejido blando que rodea al diente incluido donde el dolor es el síntoma protagonista, que algunos autores mencionan es de 82% de los procesos mucosos, en la bibliografía internacional revisada señala que se presenta con mayor frecuencia en la segunda y tercera década.^x

La pericoronitis es establecida por crecimiento bacteriano activo en un medio ideal que es el espacio formado por el tercer molar y la mucosa que lo cubre, donde hay humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad que permiten favorecer su desarrollo. La flora microbiana puede ser altamente significativa diferente de la flora encontrada en cualquier otra parte de la boca ya que contiene gran número de especies altamente evasivas; espiroquetas, bacterias fusiformes, bacterias fusiformes, bacterias anaerobias, actinomyses y especies prevotella predominantemente microflora facultativa, streptococcus milleri, estomacocos mucilaginosus rothia dentocariosa. Leone, Edenfield Rajasuo, encontraron en un estudio de personas de 20 años que la razón más frecuente de remoción de terceros molares es la pericoronitis.^{xi}

Otras consideraciones con relación al espacio mesio distal que corresponde al tercer molar con frecuencia es insuficiente, clasificación I,II,y III de Gregory y Pell. Si la corona del tercer molar no alcanza a tener suficiente espacio la corona del tercer molar queda parcialmente cubierta por tejido óseo alveolar el de la rama ascendente y mucosa creando un reservorio de microorganismos. Estas inclusiones con menor espacio disponible de erupción presentan tendencias a patologías y su extracción mayor grado de dificultad y complicaciones pos operatorias, estudio que demuestra mayor tendencia en mujeres.^{xii}

La proximidad con la corona del segundo molar puede verse afectada con lesiones cariosas con perforación hasta la pulpa. Este tipo de lesiones se manifiestan con intensos dolores que se irradian a amígdalas, oído y hacen desviar el diagnóstico por la atipicidad de la sintomatología. La región retromolar turgente, el eritema se extiende hasta la faringe y al pilar anterior del velo

del paladar, aparece trismo, disfagia, adenopatías en cadena ganglionar. Esta infección puede complicarse si se extiende al espacio pterigo maxilar, espacios faríngeos, espacio sub mandibular, espacio sub masetérico, espacio infra temporal y puede llegar a causar infecciones más severas como lo es la osteomielitis o una trombosis de seno cavernoso.⁹

Con frecuencia un tercer molar incluido puede tener dirección errática hacia la raíz del segundo molar y causar rizoclasia.¹

Cuando la dirección del tercer molar es hacia el segundo molar ejerce con periodicidad una fuerza de erupción que es transmitido mesialmente en toda la hemi arcada y su fuerza tangencial sobre el canino lo obliga a salirse del arco creando mal oclusiones. Por lo general ante ésta posibilidad los ortodoncistas evitan éste problema recomendando la extracción y con ello recidivas pos tratamiento.^{xiii, xiv}

El saco dentario que rodea la corona de los dientes es el epitelio reducido del esmalte, insertándose en el cuello dentario y que se destruye a medida que hacen erupción no así cuando no lo hacen.^{xv} Éste con frecuencia puede tener infiltrados linfocitarios como es habitual en otras partes de la boca. Los epitelios pueden establecer el camino para explicar la histogénesis y patogenia de los quistes odontogénicos con características especiales o intensidades especiales. Los quistes se caracterizan por su crecimiento lento y asintomático y llega destruir láminas corticales haciéndose hasta entonces evidentes.^{xvi}

Existe la teoría que señala que el tercer molar inferior opera como matriz funcional que al momento de su erupción permite la destrucción del borde anterior de la rama ascendente y aposición ósea compensatoria en su borde posterior. Ésta teoría no es en todo el trayecto del borde anterior y solo se presente para dar lugar a la corona.

De su grado de inclusión y grado de profundidad del tercer molar será el volumen del hueso que disminuye a nivel del ángulo de la mandíbula. Peterson^{xvii} y Alling¹² enfatizaron que un tercer molar no erupcionado disminuye la resistencia a la fractura en la región del ángulo de la mandíbula.

El riesgo de una fractura en ésta zona, señala un 32 %. Estudios al respecto confirman lo señalado. Díaz Fernández señala la incidencia

de fracturas en un grupo de 12 a 29 años de edad que el 69% de fractura únicas de mandíbula se generaron en el ángulo mandibular que presentan los terceros molares incluidos.^{xviii} Algunos boxeadores profesionales extraen sus terceros molares para prevenir el riesgo de posible fractura.

La proximidad al conducto dentario y algunas veces dentro de él pueden causar neuralgias. Radiográficamente si la raíz de un tercer molar se encuentra dentro del conducto dentario se advierte colapso o estrechamiento óseo en ése sitio, de lo contrario no se observa ningún cambio. Esta consideración es importante en el diagnóstico y en la técnica quirúrgica a emplear para cuidar de no lesionarlo.

También es importante establecer el diagnóstico diferencial con disfunciones musculares de la articulación temporo mandibular^{xix} enfermedades vasculares vinculadas con migrañas, trastornos psicológicos, bruxismo y otorrinolaringeas, etc.^{xx,xxi,xxii}

La milenaria medicina bioenergética determina como principio que el cuerpo humano tiene energía que fluye en todas direcciones como la sangre e interconectado con el sistema neurovegetativo. Cuando ésta energía en su recorrido normal se encuentra con un " Campo de interferencia " retrocede y busca otra salida a través de sus ramales inter comunicantes o bien si logra pasar ocasiona un cierto desequilibrio bioenergético convirtiéndose en " energía perversa " que puede llegar o influir a la enfermedad dependiendo de su gravedad y tiempo. Las piezas dentarias en éste caso particular puede significar efectos patógenos a distancia ya que la interferencia de una disfunción puede dañar y ocasionar desregulaciones funcionales. Solo citaré algunas: Artritis, ceguera, hemorragia del cuerpo vítreo, desprendimiento de la retina, uveitis, otras oftalmológicas, psico modificaciones de vías neurales por ejemplo herpes zoster, modificaciones hormonales, aborto, esterilidad, etc.^{xxiii,xxiv,xxv}

CONCLUSIONES.

Esta Revisión bibliográfica invita a reflexionar sobre la extracción de los terceros molares incluidos y que ha sido tema de controversia en diferentes campos de la odontología, sin embargo su posible patología local y a distancia obliga a avalar su eliminación con fines preventivos.

Consideraciones que avalan la extracción de terceros molares
MEM Edmundo Batres Ledón*
MEM Carlos Fuente Peña*
MEM Marco Antonio Rueda Ventura*
CD Ramón León Flores*

Aunque la extracción representa mutilación es ineludible el acuerdo entre los integrantes de la profesión, la eliminación de un órgano dentario conflictivo que la misma naturaleza trata de eliminar.

BIBLIOGRAFÍA

- ⁱ BATRES, LE.: Cirugía menor bucal . Edit. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco p.p. 27-38. 1994.
- ⁱⁱ A.R. CATE, Oral Histology, Development Structure and function 5th ed. Mosby – Year Book p. 95 1998.
- ⁱⁱⁱ ADES, AG., Joondeph, Little, RU . Chapkp,.:A long term study of the relation ship of thirds molars to changes in the mandibular dental area .AJO, DO abril 1990
- ^{iv} POMS SALVADÓ, AYTÉ L., GAY, ESCODA C. Terceros Molares Inferiores Incluidos. Revisión de 156 casos de germenectomía bilaterales. Arch Odonto estomatol, 16: 41- 50.206
- ^v GAY ESCODA, PIÑERA PENALVA M, BALMACEDA, CASTELLÓN E. Cordales Incluidos, Exodoncia Quirúrgica Complicaciones en tratado de Cirugía Bucal Tomo I. Berini p. 387-457 Madrid 2004
- ^{vi} SARMIENTO P. HERRERA A., Agenesia de terceros molares en estudiantes de odontología de la Universidad del Valle entre 16 y 25 años rev. OM Colombia Médica Vol. 35 No.3 2004.
- ^{vii} DONADO M.: Infecciones orales y maxilofaciales en: Urgencias en odontoestomatología Madrid: Los Llanos, 158-9 ,1990.
- ^{viii} PEÑÍN A: Clínica de la infecciones odontógenas. En: Cirugía bucal. Patología y técnica, Madrid: Los Llanos , 20:533-6 , 1990.
- ^{ix} SOICHIRO A. ANAMI,P.H.D.YASUNO RI. KASAKI : extracción del tercer molar , Edit. Doyma , pp. 14-15, 1992.
- ^x Romero Ruíz M. M., Gutierrez Pérez J.L. Edis. El tercer molar incluido Editorial GSK; 2001 Madrid.
- ^{xi} . LEONE, EDENFIELD, RAJASUO, Visión dental 1, Número 9 – 2005 .
- ^{xii} CHAPARRO AVENDAÑO AM,G PÉREZ GARCÍA S., BALMACEDA CASTELLÓN E., BERINI AYTÉS L., GAY ESCODA C., Extraction in Patients Between 12 and 18 years of age. Med. Oral Patol Oral Cir. Bucal 10; 422-31, 2005.
- ^{xiii} ALLING O .C. Alling R:D: Indications for managenet of impacted teeth En: Alling c.c., Helffrick, Alling. RD, eds. Impacted Teeth Philadelphia: Wb. Sanders 75-80 1993.
- ^{xiv} . LOPEZ J.S. ARRANZ: Cirugía bucal Edit. Ma. Hill Interamericana. pp. 491- 498. 1991.
- ^{xv} ORBAN S. N. BHASKAR: Histología y embriología bucal. Edit. Prado, Ed. XI I pp. 370-384.1994.
- ^{xvi} . GRABER Y SWAIN: Current orthodontic vol. 29 No. 1 pp. 331-353 octubre 1969.
- ^{xvii} PETERSON LI: Principles of dentoalveolar surgery, Oral maxilofac surg., 52 (2) : 293-81, 1992.
- ^{xviii} DÍAZ FERNÁNDEZ J.M. PÉREZ ARREDONDO R. RODRÍGUEZ PÉREZ, RUÍZ PÉREZ M. Rev. Cubana Estomatol 1-6 sep.-dic. 1998 Ciudad de la Habana.
- ^{xix} ARUD PATRICIA, MAC NELLY CHARLES. Desórdenes Téporomandibulares Rev. Odontológica clínica año 1 2005 Méx.
- ^{xx} PROVENZA D.V. : Histología y embriología odontológica Edit. Interamericana. pp. 95. 1974.
- ^{xxi} SCHILLMAN.E.L.: The prevalece and treatment needs of subjects wit temporo mandibular disodens. J. Amer. Assoc., pp 120-295. 1990
- ^{xxii} . BERLIN, R. DESSNER, L. : Bruxismo and chromic head ache . Lancet 2 - 289 1960.
- ^{xxiii} . FERRAN M.L. Puntos E. Adler. Escuela Venezolana de Acupuntura.
- ^{xxiv} POSNIAK – PATEWIEZ,E.: Cephalgic span of head and neck muscles, Headache pp. 60-512. 1985.
- ^{xxv} VOLL, M. KRAMER F.: Hallazgos patológicos en terreno dentario y sus relaciones energéticas con el resto del organismo.